Deutscher Bundestag **Drucksache 14/749**
14. Wahlperiode
09. 04. 99

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Hubert Hüppe, Monika Brudlewsky, Dr. Hans Georg Faust, Norbert Geis, Ilse Aigner, Peter Altmaier, Norbert Barthle, Dr. Wolf Bauer, Meinrad Belle, Peter Bleser, Dr. Norbert Blüm, Sylvia Bonitz, Wolfgang Bosbach, Klaus Brähmig, Dr. Ralf Brauksiepe, Georg Brunnhuber, Klaus Bühler, Cajus Caesar, Leo Dautzenberg, Hubert Deittert, Albert Deß, Thomas Dörflinger, Hansjürgen Doss, Marie-Luise Dött, Ingrid Fischbach, Axel E. Fischer (Karlsruhe-Land), Herbert Frankenhauser, Erich G. Fritz, Peter Götz, Dr. Wolfgang Götzer, Kurt-Dieter Grill, Klaus-Jürgen Hedrich, Ernst Hinsken, Klaus Hofbauer, Josef Hollerith, Siegfried Hornung, Georg Janovsky, Volker Kauder, Norbert Königshofen, Hartmut Koschyk, Dr. Paul Laufs, Karl-Josef Laumann, Vera Lengsfeld, Werner Lensing, Eduard Lintner, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Julius Louven, Dr. Michael Luther, Dr. Michael Meister, Friedrich Merz, Hans Michelbach, Meinolf Michels, Dr. Gerd Müller, Claudia Nolte, Friedhelm Ost, Dr. Peter Paziorek, Ruprecht Polenz, Peter Rauen, Erika Reinhardt, Klaus Riegert, Franz-Xaver Romer, Heinrich-Wilhelm Ronsöhr, Kurt J. Rossmanith, Dr. Christian Ruck, Heinz Schemken, Gerhard Scheu, Norbert Schindler, Dr. Andreas Schockenhoff, Dr. Rupert Scholz, Dr. Erika Schuchardt, Heinz Seiffert, Werner Siemann, Johannes Singhammer, Dr. Wolfgang Freiherr von Stetten, Dorothea Störr-Ritter, Max Straubinger, Matthäus Strebl, Dr. Hans-Peter Uhl, Arnold Vaatz, Peter Weiß (Emmendingen), Heinz Wiese (Ehingen), Klaus-Peter Willsch, Werner Wittlich, Aribert Wolf, Elke Wülfing, Wolfgang Zeitlmann, Benno Zierer, Wolfgang Zöller

Spätabtreibung ungeborener Kinder, die Abtreibung überlebende Kinder, Übergang zur Früheuthanasie, staatliches Schutzkonzept, Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht

Nach der Neuregelung der gesetzlichen Bestimmungen zur Abtreibung (Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz – SFHÄndG – vom 21. August 1995) trifft den Gesetzgeber, wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 klargestellt hat, die Verpflichtung, „die Auswirkungen seines neuen Schutzkonzeptes im Auge zu behalten (Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht)“ (BVerfGE 88, 269). Bei erkennbaren Mängeln ist der Gesetzgeber verpflichtet, auf deren Beseitigung sowie die „Sicherstellung eines dem Untermaßverbot genügenden Schutzes hinzuwirken (Korrektur- oder Nachbesserungspflicht)“ (BVerfGE 88, 309).

Einen Wechsel im Schutzkonzept hat der Gesetzgeber bei der bisherigen eugenischen/embryopathischen Indikation vollzogen, für die bis zum Inkrafttreten des SFHÄndG eine Frist von 22 Wochen verbunden mit einer

Beratungspflicht gegolten hatte, und deren „Fallkonstellationen“ nunmehr in der zeitlich unbefristeten medizinischen Indikation „aufgefangen“ werden (Gesetzesbegründung, Drucksache 13/1850). Hier gilt gleichermaßen – insbesondere auch unter Berücksichtigung des im Grundgesetz verankerten Verbotes einer Diskriminierung von Menschen mit Behinderung (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG) – eine Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht.

Eine Vielzahl von Presseberichten, Tagungen und Veröffentlichungen innerhalb der medizinischen und juristischen Fachwelt und eine Erklärung der Bundesärztekammer (Deutsches Ärzteblatt 1998, 95, A-3013-3016 [Heft 47]) hat in jüngerer Zeit besonderes Augenmerk auf eine zunehmende Praxis später Abtreibungen nach pränataler Diagnostik gerichtet, derer sich der Gesetzgeber anzunehmen hat.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Bundes- und Landesbehörden, Körperschaften des öffentlichen Rechts oder ggf. andere Institutionen nehmen an der Erhebung der Daten und anderer Erkenntnisse teil, die für die Erfüllung der Beobachtungs-, Korrektur- und Nachbesserungspflicht (BVerfGE 88, 269) des Gesetzgebers ausschlaggebend sind?

2. Auf welche Weise erfüllt die Bundesregierung insbesondere ihre Beobachtungspflicht in bezug auf Abtreibungen nach pränataler Diagnostik, und welche Referate welcher Bundesministerien, ggf. welche anderen Bundesbehörden nehmen an der Erfüllung dieser Beobachtungspflicht teil?

3. Wie viele Abtreibungen von der 12. bis zur 20. Schwangerschaftswoche wurden seit Inkrafttreten des SFHÄndG und zum Vergleich in den Jahren 1990 bis 1995 gemeldet (aufgeschlüsselt nach Jahr, Familienstand und Alter der Schwangeren, Zahl ihrer Kinder, Alter des abgetriebenen Kindes, Indikationen, Vornahme in Arztpraxis oder Krankenhaus)?

4. Wie viele Abtreibungen nach der 20. Schwangerschaftswoche wurden seit Inkrafttreten des SFHÄndG und zum Vergleich in den Jahren 1990 bis 1995 gemeldet (aufgeschlüsselt nach Jahr, Familienstand und Alter der Schwangeren, Zahl ihrer Kinder, Alter des abgetriebenen Kindes, Indikationen, Vornahme in Arztpraxis oder Krankenhaus)?

5. Besteht weiterhin die Problematik des „Meldedefizits“, auf die das Statistische Bundesamt in seinen zurückliegenden Erhebungen zur Abtreibung stets hingewiesen und als Ursache auch unterschiedliche „Auskunftsbereitschaft“ benannt hatte, und inwieweit kann sie quantifiziert werden?

6. Für wie viele der seit Inkrafttreten des SFHÄndG durchgeführten Abtreibungen war eine Behinderung oder vorgeburtliche Schädigung des Kindes ursächlich für die Stellung einer medizinischen Indikation (aufgeschlüsselt nach Jahr, Familienstand und Alter der Schwangeren, Zahl ihrer Kinder, Alter des abgetriebenen Kindes, Vornahme in Arztpraxis oder Krankenhaus)?

7. Hält die Bundesregierung eine Verbesserung der statistischen Erfassung von Abtreibungen nach pränataler Diagnose einer Behin-

derung oder Schädigung des Kindes für geeignet, zur besseren Erfüllung der Beobachtungspflicht beizutragen, und welche Schritte hat die Bundesregierung in dieser Hinsicht bereits eingeleitet bzw. erwägt sie einzuleiten?

8. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung davon, wie viele Abtreibungen nach der 12. Schwangerschaftswoche mit einer medizinischen Indikation seit Inkrafttreten des SFHÄndG von den Krankenkassen finanziert wurden, und in welchem Rahmen bemüht sich die Bundesregierung um die Gewinnung solcher Erkenntnisse?

9. Welche Möglichkeiten zur Beobachtung und Überprüfung der tatsächlichen Schutzwirkung für ungeborene Behinderte bestehen außerhalb der Führung einer Bundesstatistik unter Berücksichtigung des Umstands, daß von einer „embryopathischen“ Indikation, für die bisher eine Frist von 22 Wochen gegolten hatte, im SFHÄndG abgesehen wurde?

10. Hat nach den der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnissen das mit dem Wegfall der „embryopathischen“ Indikation verbundene Entfallen sowohl der Frist von 22 Wochen als auch der Beratungspflicht (vgl. Beckmann, Der „Wegfall“ der embryopathischen Indikation, MedR 1998, Heft 4, S. 155 ff., sowie Schumann/Schmidt-Recla, Die Abschaffung der embryopathischen Indikation – eine ernsthafte Gefahr für den Frauenarzt?, MedR 1998, Heft 11, S. 497 ff.) in der Praxis insgesamt zu einem besseren Schutz ungeborener Menschen mit Behinderungen geführt, und auf welche Erkenntnisse stützt die Bundesregierung ihre Auffassung?

11. Umfaßt nach Auffassung der Bundesregierung die seit Inkrafttreten des SFHÄndG gültige medizinische Indikation die Gesamtheit der vor Inkrafttreten des SFHÄndG unter die eugenische/embryopathische Indikation gehörenden Fallkonstellationen?

12. Ist die Bundesregierung der Auffassung, daß die pränatale Tötung eines Menschen, dessen postnatale Existenz und Versorgung aufgrund seines gesundheitlichen Zustandes zu einer gesundheitlichen Gefährdung eines anderen Menschen führen würde und dessen postnatale Tötung zweifelsfrei ethisch und rechtlich nicht zu rechtfertigen wäre (vgl. „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 1998, 95, A-3013-3016 [Heft 47]), unter Berücksichtigung der spezifisch engen Verbindung von Schwangerer und Ungeborenem grundsätzlich gerechtfertigt ist?

13. Teilt die Bundesregierung die in der medizinischen Fachwelt seit Inkrafttreten des § 218 StGB n. F. anzutreffende Interpretation des § 218 a Abs. 2 StGB, wie sie exemplarisch durch die Ethikkommission der Medizinischen Universität zu Lübeck geäußert wird: „Die EK geht ferner davon aus, daß in Deutschland ein allgemeiner Konsens darüber besteht, daß eine Mutter nicht zu einer Schwangerschaft und Geburt eines kranken Kindes gezwungen werden kann (medizinische Indikation des Schwangerschaftsabbruches)“ [Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität zu Lübeck vom 19. August 1996, Aktenzeichen der Ethikkommission 84/95]?

14. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß durch den § 218 StGB als Ziel des Schwangerschaftsabbruches nach pränataler Diagnostik im Rahmen der medizinischen Indikation über die Vermeidung des Fortsetzens der Schwangerschaft und der Geburt des Kindes hinaus auch das Vermeiden des „Habens des Kindes“ (vgl. Schumann/Schmidt-Recla, MedR 1988, S. 497, 501) gedeckt ist?

15. Welche gesetzlichen Vorschriften regeln eventuelle Schadensersatzansprüche eines die Abtreibung unter den Voraussetzungen des § 218 StGB überlebenden Kindes gegen den indikationsstellenden und den abtreibenden Arzt sowie die Eltern wegen zusätzlicher Schädigungen aufgrund der Abtreibung, und sieht die Bundesregierung in dieser Hinsicht weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

16. Besteht für den eine Schwangerschaft betreuenden Arzt eine Verpflichtung zur Abklärung pränatal diagnostizierbarer Schädigungen des Kindes, deren Vernachlässigung Schadensersatzforderungen der Eltern gegen den Arzt begründen kann, weil durch umfassende Pränataldiagnostik die Geburt des geschädigten Kindes durch eine Abtreibung im Rahmen der medizinischen Indikation hätte vermieden werden können (vgl. Philipp, Aufgezwungene Pflichtenkollisionen – Frauenärzte im Konflikt, Frauenarzt 10/1998, 1504), und hält die Bundesregierung in diesem Bereich eine gesetzliche Klarstellung für erforderlich?

17. Ab welchem Alter des ungeborenen Kindes ist nach Kenntnis der Bundesregierung von seiner Schmerzempfindlichkeit auszugehen, und sieht die Bundesregierung gesetzgeberischen Handlungsbedarf hinsichtlich einer Pflicht zur Schmerzbekämpfung des Kindes bei Abtreibungen im Rahmen der medizinischen Indikation des § 218 StGB?

18. Ist nach Auffassung der Bundesregierung durch die geltenden gesetzlichen Vorschriften gedeckt, daß seit Inkrafttreten des SFHÄndG zunehmend schon vergleichsweise leichte oder postnatal behebbare Behinderungen (wie etwa eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte) Anlaß für Abtreibungen sind?

19. Welche Krankheitsbilder, Behinderungen oder genetische Dispositionen des ungeborenen Kindes werden in humangenetischen Instituten innerhalb Deutschlands durch molekulargenetische Diagnostik erfaßt, und welche dieser Befunde sind mit einem postnatalen Überleben des Kindes vereinbar?

20. Welche dieser Befunde lassen lediglich die Aussage zu, daß eine genetische Veranlagung oder ein Risikofaktor gegeben ist, nicht aber, ob überhaupt oder wann mit einem Ausbruch der Krankheit zu rechnen ist?

21. Wie werden pränataldiagnostische Befunde, die ggf. Anlaß zu einer Abtreibung im Rahmen der medizinischen Indikation des § 218 StGB geben können, erfaßt, und welche weiteren Möglichkeiten zur Beobachtung der Entwicklungen der Praxis in diesem Bereich stehen dem Gesetzgeber zur Verfügung?

22. Welches sind die zehn aktuell am häufigsten pränatal diagnostizierten Fehlbildungen/Behinderungen (mit Angabe der Zahlen), und wie hoch ist dafür jeweils die diagnostische Sicherheit?

23. Wie viele Kinder mit Spina bifida bzw. mit Turner-Syndrom wurden, jeweils sowohl in absoluten Zahlen als auch bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten, seit Inkrafttreten des SFHÄndG und zum Vergleich in den Jahren 1970, 1975, 1980, 1985 und 1990 geboren?

24. Wie viele Kinder mit Trisomie 21 (Down-Syndrom), einer der häufigsten Behinderungen, wurden, jeweils sowohl in absoluten Zahlen als auch bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten, seit Inkrafttreten des SFHÄndG und zum Vergleich in den Jahren 1970, 1975, 1980, 1985 und 1990 geboren?

25. Falls im Verlauf der letzten 28 Jahre eine Abnahme der lebendgeborenen Kinder mit Trisomie 21, bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten, festzustellen ist, kann hieraus der Schluß gezogen werden, daß eine pränatal diagnostizierte Trisomie 21 regelmäßig zu einer Indikationsstellung zum Abbruch der Schwangerschaft Anlaß gibt, und inwiefern stünde dies in Übereinstimmung mit der vom Gesetzgeber bei der Neuregelung vom 21. August 1995 verfolgten Absicht, klarzustellen, daß eine Behinderung niemals zu einer Minderung des Lebensschutzes führen kann?

26. Welche Abtreibungsmethoden werden nach Kenntnis der Bundesregierung im zweiten und im letzten Drittel der Schwangerschaft angewandt, und inwiefern wird bei Abtreibungen in diesen Schwangerschaftsstadien die Schmerzempfindlichkeit des ungeborenen Kindes berücksichtigt?

27. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung die bei Abtreibungen im zweiten und im letzten Drittel der Schwangerschaft angewandte Abtreibungsmethode der Induktion einer Wehentätigkeit durch Prostaglandin oder Oxytoxin exakt die gleiche wie bei einer künstlichen Geburtseinleitung, wenn das Kind „zum Leben bestimmt“ ist, oder werden im zweiten Falle andere oder zusätzliche Maßnahmen zur Schonung des Kindes, zur Verbesserung seiner Überlebenschancen und zur Vermeidung von Schmerzen angewandt?

28. Ab welcher Schwangerschaftsdauer ist nach Erkenntnis der Bundesregierung die extrauterine Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes nicht auszuschließen?

29. Welche Methoden werden bei Abtreibungen nach dem Zeitpunkt anzunehmender extrauteriner Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes angewandt, und sind darunter auch solche, die auf eine Tötung des Kindes noch im Mutterleib abzielen (z. B. intrauteriner Fetozid)?

30. Ist nach Auffassung der Bundesregierung durch den Begriff des „Schwangerschaftsabbruchs“, wie er im § 218 a Abs. 2 StGB Verwendung findet, auch eine zur Beendigung der Schwangerschaft oder zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr für Leben oder Gesundheit der Mutter nicht notwendigerweise erforderliche intrauterine oder perinatale Tötung eines Kindes abgedeckt, dessen extrauterine Lebensfähigkeit nicht auszuschließen ist, wenn ja, warum?

31. Wie häufig werden in Deutschland bei Abtreibungen nach pränataler Diagnostik im Rahmen der Voraussetzungen des § 218 a StGB Methoden des intrauterinen Fetozids durch Injektion von Kaliumchlorid oder durch Applikation von Fibrinkleber in das Herz des Kindes angewandt, und sind diese Methoden mit den geltenden rechtlichen Vorschriften vereinbar?

32. Werden in der Literatur geschilderte Spätabtreibungsmethoden, bei denen das Kind im Mutterleib durch Dekapitation, Perforieren des Kopfes, Exenteration, Dissectio foetus getötet wird, nach Erkenntnissen der Bundesregierung in Deutschland angewandt, und finden sie außerhalb der vitalen medizinischen Indikation (Lebensgefahr für die Mutter) Anwendung?

33. Wie häufig werden in Deutschland bei Abtreibungen nach pränataler Diagnostik im Rahmen der Voraussetzungen des § 218 a StGB Methoden der „Protrahierung der Geburt“ (sog. „Steckenlassen“) angewandt, wobei das Kind während des künstlich eingeleiteten Geburtsvorganges verstirbt, und sind solche Methoden mit den geltenden rechtlichen Vorschriften vereinbar?

34. Wird in Deutschland die in den USA praktizierte Methode der „Partial-Birth“-Abtreibung (vgl. Anhörung des Rechtsausschusses des Repräsentantenhauses vom 13. Dezember 1995) angewandt, bei der dem Kind, dessen Körper bereits mit Ausnahme des Kopfes aus dem Mutterleib zur Welt gebracht wurde, durch eine Kanüle das Gehirn abgesaugt wird, um es dann anschließend tot zur Welt zu bringen, und ist diese Methode mit den in Deutschland geltenden rechtlichen Vorschriften vereinbar?

35. Wie viele Fälle sind der Bundesregierung bekannt, in denen seit Inkrafttreten des SFHÄndG ein „nicht zum Leben bestimmtes Kind“ (vgl. Hans-Bernhard Wuermeling, „Unwort des Jahres“, FAZ vom 20. November 1995), das seine Abtreibung überlebt hat (vgl. „Mörderische Diagnose – Tötung behinderter Kinder bis zur Geburt“, ARD, 18. März 1999, 23.00 Uhr), unversorgt dem Tode überlassen wurde („liegen lassen“), und sieht die Bundesregierung hier ggf. gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

36. Wie viele Ermittlungs- und Strafverfahren wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in solchen Fällen eingeleitet, und zu wie vielen Verurteilungen haben diese geführt?

37. Worin besteht – einmal abgesehen von der unterschiedlichen formaljuristischen Einordnung – nach Auffassung der Bundesregierung der wesentliche ethische Unterschied zwischen der gezielten Tötung eines lebensfähigen Kindes im Mutterleib vor der eigentlichen Abtreibung einerseits und andererseits der Tötung (ggf. durch Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen) eines die Abtreibung selbst zunächst überlebenden Kindes nach der Abtreibung?

38. Wie wird nach einer Abtreibung bei kindlicher Fehlbildung überprüft (etwa durch Autopsie in jedem Einzelfall), ob der pränataldiagnostische Befund zutraf, werden hierüber Aufzeichnungen angefertigt, welche gesetzlichen Bestimmungen sind hierfür ausschlaggebend, und besteht ggf. gesetzgeberischer Handlungsbedarf?

39. Trifft den Arzt, der eine vorgeburtliche Schädigung oder Behinderung des Kindes diagnostiziert, in jedem Falle eine Pflicht, die Eltern auf die Möglichkeit einer Abtreibung unter den Voraussetzungen der medizinischen Indikation hinzuweisen, auch dann, wenn er aufgrund des Alters des Kindes von dessen extrauteriner Lebensfähigkeit ausgehen muß, welche gesetzlichen ggf. standesrechtlichen Vorschriften regeln diesen Bereich, und besteht hier gesetzgeberischer Handlungsbedarf?

40. Ist nach Auffassung der Bundesregierung der Arzt auch in solchen Fällen zur Mitteilung eines pränataldiagnostisch erhobenen Befundes verpflichtet, wenn dieser eine erbliche Anlage oder Krankheit beinhaltet, die erst später im Leben zum Tragen kommt, wie z. B. Chorea Huntington, Diabetes oder Mamma-Carcinom, auch im Bewußtsein, daß daraus eine Abtreibung des Kindes resultieren kann, und sieht die Bundesregierung hier ggf. die Notwendigkeit einer gesetzlichen Beschränkung?

41. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Bundesärztekammer, daß gesetzliche Voraussetzungen zu schaffen sind, die klarstellen, daß das Weigerungsrecht, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, ausschließlich für die Fälle unmittelbarer Lebensgefahr der Schwangeren aufgehoben ist (Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, Deutsches Ärzteblatt 1998, S. 95, A-3013-3016 [Heft 47])?

42. Hält die Bundesregierung angesichts der ihr vorliegenden Erkenntnisse im Bereich der Abtreibung einschließlich des Fetozids nach pränataler Diagnostik unter den Voraussetzungen der medizinischen Indikation die Bedingung der Strafbarkeit falscher ärztlicher Indikationsstellung „wider besseres Wissen“ im § 218 b Abs. 1 StGB unter Berücksichtigung der Hochrangigkeit des Lebensschutzgebotes und des Diskriminierungsverbotes wegen genetischer Veranlagungen oder Behinderungen für ausreichend?

43. Wie bewertet die Bundesregierung unter Berücksichtigung der Abtreibungspraxis bei vorgeburtlich diagnostizierten Behinderungen die Gefahr einer Typisierung bestimmter erblicher Anlagen oder Behinderungen, die in der Regel zur Abtreibung des Kindes führen, im Hinblick auf die gesellschaftliche Einstellung und Solidaritätsbereitschaft gegenüber Menschen mit Behinderungen?

Bonn, den 9. April 1999

Hubert Hüppe
Monika Brudlewsky
Dr. Hans Georg Faust
Norbert Geis
Ilse Aigner
Peter Altmaier
Norbert Barthle
Dr. Wolf Bauer
Meinrad Belle
Peter Bleser
Dr. Norbert Blüm
Sylvia Bonitz
Wolfgang Bosbach
Klaus Brähmig
Dr. Ralf Brauksiepe
Georg Brunnhuber
Klaus Bühler
Cajus Caesar
Leo Dautzenberg
Hubert Deittert
Albert Deß
Thomas Dörflinger
Hansjürgen Doss
Marie-Luise Dött

Ingrid Fischbach
Axel E. Fischer (Karlsruhe-Land)
Herbert Frankenhauser
Erich G. Fritz
Peter Götz
Dr. Wolfgang Götzer
Kurt-Dieter Grill
Klaus-Jürgen Hedrich
Ernst Hinsken
Klaus Hofbauer
Josef Hollerith
Siegfried Hornung
Georg Janovsky
Volker Kauder
Norbert Königshofen
Hartmut Koschyk
Dr. Paul Laufs
Karl-Josef Laumann
Vera Lengsfeld
Werner Lensing
Eduard Lintner
Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)
Julius Louven
Dr. Michael Luther
Dr. Michael Meister
Friedrich Merz
Hans Michelbach
Meinolf Michels
Dr. Gerd Müller
Claudia Nolte
Friedhelm Ost
Dr. Peter Paziorek
Ruprecht Polenz
Peter Rauen
Erika Reinhardt
Klaus Riegert
Franz-Xaver Romer
Heinrich-Wilhelm Ronsöhr
Kurt J. Rossmanith
Dr. Christian Ruck
Heinz Schemken
Gerhard Scheu
Norbert Schindler
Dr. Andreas Schockenhoff
Dr. Rupert Scholz
Dr. Erika Schuchardt
Heinz Seiffert
Werner Siemann
Johannes Singhammer
Dr. Wolfgang Freiherr von Stetten
Dorothea Störr-Ritter
Max Straubinger
Matthäus Strebl
Dr. Hans-Peter Uhl
Arnold Vaatz
Peter Weiß (Emmendingen)
Heinz Wiese (Ehingen)
Klaus-Peter Willsch
Werner Wittlich
Aribert Wolf
Elke Wülfing
Wolfgang Zeitlmann
Benno Zierer
Wolfgang Zöller